Composante du produit nº 82-003-X au catalogue de Statistique Canada
Rapports sur la santé

Article

Liens entre l'insécurité alimentaire du ménage et les résultats pour la santé chez les Autochtones (excluant les réserves)

par Noreen Willows, Paul Veugelers, Kim Raine et Stefan Kuhle

Mai 2011

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Liens entre l'insécurité alimentaire du ménage et les résultats pour la santé chez les Autochtones (excluant les réserves)

par Noreen Willows, Paul Veugelers, Kim Raine et Stefan Kuhle

Résumé

Contexte
Les Autochtones sont plus vulnérables à l'insécurité alimentaire et à la morbidité que l'ensemble de la population canadienne. Toutefois, on dispose de peu de renseignements sur les liens entre l'insécurité alimentaire et la santé dans les ménages autochtones.

Données et méthodes
Les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Nutrition de 2004 ont servi à examiner les rapports entre la sécurité alimentaire du ménage et les renseignements autodéclarés sur l'état de santé, le bien-être et les comportements influant sur la santé pour un échantillon formé de 837 adultes autochtones vivant hors réserve. Le niveau de sécurité alimentaire du ménage était fondé sur l'interprétation donnée par Santé Canada au Household Food Security Survey Module des États-Unis. Une régression logistique multivariée a servi à déterminer les rapports importants, tout en permettant une correction pour tenir compte des variables confusionnelles éventuelles.

Résultats
Environ 29 % des Autochtones âgés de 18 ans et plus vivaient dans un ménage touché par l'insécurité alimentaire. Ces personnes étaient plus susceptibles de déclarer un mauvais état de santé général et une mauvaise santé mentale, de l'insatisfaction à l'égard de la vie, un très faible sentiment d'appartenance à la communauté, un niveau de stress élevé et la consommation de tabac, en comparaison de leurs homologues des ménages en situation de sécurité alimentaire. Lorsque l'âge, le sexe et le niveau de scolarité des membres du ménage étaient pris en compte, les participants provenant des ménages en situation d'insécurité alimentaire affichaient une cote significativement plus élevée exprimant le risque d'être en mauvaise santé, de vivre beaucoup de stress, d'être insatisfait à l'égard de la vie et d'éprouver un très faible sentiment d'appartenance à la communauté.

Interprétation
La diminution de l'insécurité alimentaire du ménage peut améliorer la santé et le bien-être des Autochtones vivant hors réserve.

Mots-clés
Régime, alimentation, apport alimentaire, comportement influant sur la santé, population à faible revenu, enquêtes sur la nutrition, pauvreté.

Auteurs
Noreen Willows (1-780-492-3989; noreen.willows@ualberta.ca), Paul Veugelers, Kim Raine et Stefan Kuhle sont à l'Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta) T6G 2T4.

Il y a insécurité alimentaire dans toute situation où l'approvisionnement en aliments nutritionnellement appropriés et sûrs pour la santé est déficient ou lorsque la capacité d'acheter ces aliments par des moyens socialement acceptables est limitée ou incertaine[1]. L'insécurité alimentaire peut désigner la crainte de ne pouvoir obtenir de la nourriture, pour soi-même ou pour d'autres, ou encore la faim qui résulte d'une pénurie de vivres. L'insécurité alimentaire représente la privation d'un besoin fondamental et peut constituer un signe avant-coureur d'apports alimentaires sous-optimaux et de risques pour la santé et le bien-être[2,3]. Il s'agit donc d'un problème important de santé publique, particulièrement pour les groupes marginalisés du point de vue économique, notamment les Autochtones[4-7].

Au Canada, « les Autochtones » sont les descendants des premiers habitants de l'Amérique du Nord, et ils comprennent les Indiens inscrits et non inscrits (Premières nations), les Métis et les Inuits[8]. Les recherches révèlent que la santé de ces groupes est moins bonne que celle de la population non autochtone[9]. En outre, les inégalités en matière de santé persistent quand on tient compte des facteurs socioéconomiques, de l'obésité et des comportements influant sur la santé, comme l'usage du tabac et la consommation d'alcool[9].

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) fournit de l'information sur l'état de santé, l'utilisation des soins de santé et les déterminants de la santé. Bien que l'enquête exclue les habitants des

réserves indiennes et de certaines régions éloignées[10], elle peut servir à examiner la santé de la majorité des Autochtones. Selon le Recensement de 2001, plus de 70 % de la population autochtone vivait hors réserve, la plupart (68 %) dans des régions urbaines[11]. L'ESCC de 2004 avait prévu un suréchantillonnage des Autochtones de 19 à 50 ans pour permettre une analyse de cette sous-population.

L'ESCC de 2004 représentait le premier cycle de l'enquête qui mesurait la sécurité alimentaire des ménages en fonction du *Household Food Security Survey Module* (HFSSM)[12,13] des États-Unis. Le HFSSM, qui comporte 18 questions, est une mesure validée à l'échelle internationale du niveau de sécurité alimentaire des ménages au cours de la période de 12 mois précédente[14]. L'insécurité alimentaire du ménage (IAM) déterminée à l'aide du HFSSM n'est pas équivalente à l'insuffisance générale de revenu; il s'agit plutôt d'un état de privation causé par le manque de ressources dans une catégorie de besoin précis[14].

Selon les réponses aux questions du HFSSM, le tiers des ménages autochtones ayant participé à l'ESCC de 2004 vivaient de multiples situations caractéristiques de l'IAM; la proportion pour les ménages non autochtones se situait à 9 %[4]. Les ménages autochtones avaient une prévalence plus élevée de facteurs de risque sociodémographiques d'IAM, et le rapport entre l'IAM et ces facteurs était plus étroit chez les participants autochtones[4].

La présente étude exploratoire a pour but de déterminer si l'IAM est un corrélat précis de la santé au sein de la population autochtone. Les données de l'ESCC de 2004 ont servi à examiner le rapport entre l'IAM et la santé, le bien-être et les comportements influant sur la santé autodéclarés par les participants autochtones adultes.

Données et méthodes

Plan d'enquête

L'ESCC – Nutrition de 2004 est une enquête transversale qui a été menée auprès de résidents de logements privés dans les 10 provinces. Une stratégie d'échantillonnage complexe à plusieurs degrés a servi à la sélection des ménages et des personnes. De janvier 2004 à janvier 2005, un membre de chacun des 35 107 ménages a été interviewé. L'enquête couvrait environ 98 % de la population des provinces et, afin qu'elle soit représentative, une correction pour la non-réponse a été appliquée aux poids de sondage. Une description détaillée du plan d'enquête, de l'échantillon et des procédures d'interview de l'ESCC est offerte dans d'autres documents[12,13,15].

Sélection des variables

On a demandé aux participants à l'enquête de sélectionner parmi 13 réponses fixes sur l'ethnie celles qui s'appliquaient. Ceux qui se sont dits Autochtones ont été inclus dans la présente étude, même s'ils avaient aussi indiqué un autre groupe ethnique. Cette approche est conforme à la démarche utilisée pour le recensement, selon laquelle une personne qui déclare au moins un ancêtre autochtone est considérée comme Autochtone[16]. Parmi les 1 528 participants à l'ESCC qui se sont dits Autochtones, 59 % ont déclaré une ascendance d'Indien de l'Amérique du Nord, 37 %, une ascendance de Métis et 3 %, une ascendance inuite[12], ce qui constitue une répartition proportionnellement similaire à celle tirée du Recensement de 2006[17]. Seules les données fournies par les participants autochtones de 18 ans et plus ont été utilisées dans la présente analyse.

En raison de la taille relativement restreinte de l'échantillon, les catégories ont été agrégées pour presque toutes les variables. Il est possible d'obtenir les variables initiales de l'enquête dans un autre document[15]. Le niveau de sécurité alimentaire du ménage est fondé sur l'interprétation des réponses aux questions du HFSSM préparée par le Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition de Santé Canada[13]. Plus précisément, les questions portent sur l'accès des ménages à la nourriture dans le contexte du manque d'argent. Les niveaux modéré et sévère d'IAM ont été regroupés en une seule catégorie.

Les variables sociodémographiques utilisées aux fins des analyses sont l'âge, le sexe, le niveau de scolarité des membres du ménage et la suffisance du revenu du ménage. Le niveau de scolarité correspond au plus haut niveau de scolarité atteint par n'importe quel membre du ménage. La suffisance du revenu du ménage est fondée sur le nombre de personnes dans le ménage et le revenu total du ménage provenant de toutes les sources dans les 12 mois ayant précédé l'entrevue.

Cinq questions provenant de l'ESCC ont permis d'évaluer la santé et le bien-être des participants. Il s'agit des questions sur l'état de santé général autodéclaré, l'état de santé mentale autodéclaré, la satisfaction à l'égard de la vie, le stress, et le sentiment d'appartenance à la communauté. Dans chaque cas, les participants devaient choisir parmi quatre ou cinq options. Les réponses aux questions sur l'état de santé général et l'état de santé mentale autoévalués ont été divisées en deux catégories : « bon » (santé excellente/très bonne/bonne) ou « mauvais » (santé passable/mauvaise). Le niveau de stress a été divisé en deux catégories : « élevé » (journées assez/extrêmement stressantes) ou « faible » (journées pas du tout/pas tellement/un peu stressantes). La satisfaction à l'égard de la vie a été répartie en deux catégories : « élevée » (très satisfait, satisfait) ou « faible » (ni satisfait ni insatisfait/insatisfait/très insatisfait). Le sentiment d'appartenance à la communauté a été fractionné en deux catégories : « existant » (très fort/plutôt fort/plutôt faible) ou « très faible » (très faible).

On a demandé aux répondants si un professionnel de la santé avait diagnostiqué chez eux l'un des problèmes de santé chroniques suivants : hypertension, diabète, maladie cardiaque, cancer, troubles intestinaux tels que la maladie de Crohn ou la colite, ostéoporose (chez les 50 ans et plus) ou

tout autre problème de santé physique ou mentale de longue durée. On considérait que les personnes avaient un problème de santé chronique si elles ont répondu « oui » à l'existence d'un problème ou plus[9].

Deux comportements influant sur la santé, à savoir l'usage du tabac et la consommation de fruits et légumes, ont été examinés. L'usage du tabac a été divisé en deux catégories : non-fumeur ou fumeur. La consommation de fruits et légumes était jugée « faible » lorsque les participants déclaraient en consommer moins de cinq fois par jour et « suffisante » lorsqu'ils disaient en consommer cinq fois par jour ou plus. Le poids, y compris l'obésité, n'a pas été retenu comme variable de résultat parce que la taille et le poids mesurés directement n'étaient connus que pour 57,5 % des participants adultes[18].

Tableau 1
Prévalence des mesures de la santé et du bien-être et des comportements influant sur la santé, selon le niveau de sécurité alimentaire du ménage, population autochtone de 18 ans et plus vivant hors réserve, Canada, 2004

		Niveau de sécurité alimentaire du ménage	
	Total	Insécurité	Sécurité
		%	
Autoévaluation de l'état de santé général			
Bon	75	64	79
Mauvais	25	36	21
Autoévaluation de l'état de santé mentale			
Bon	87	79	90
Mauvais	13	21[E]	10[E]
Autoévaluation du niveau de stress			
Faible	72	57	79
Élevé	28	43	21[E]
Satisfaction à l'égard de la vie			
Faible	83	72	87
Élevée	17	28[E]	13[E]
Sentiment d'appartenance à la communauté			
Présent	87	80	89
Très faible	13	20[E]	11[E]
Problème de santé chronique			
Non	55	53	57
Oui	45	47	44
Usage du tabac			
Non-fumeur	49	36	54
Fumeur	51	64	46
Consommation de fruits et légumes			
Au moins cinq fois par jour	14	9[E]	17
Moins de cinq fois par jour	86	91	83

[E] à utiliser avec prudence
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Nutrition, 2004.

Analyse statistique

Les liens entre l'IAM et les résultats pour la santé ou les comportements influant sur la santé ont été examinés à l'aide d'une série de modèles de régression logistique univariés et multivariés. Les modèles multivariés ont été corrigés pour tenir compte des effets de l'âge et du sexe (modèle 1), de ceux de l'âge, du sexe et du niveau de scolarité des membres du ménage (modèle 2) et, enfin, de ceux de l'âge, du sexe, du niveau de scolarité des membres du ménage et de la suffisance du revenu du ménage (modèle 3). Les erreurs types ont été estimées au moyen de la méthode du *bootstrap*[19,20]. On a calculé les estimations de la prévalence à l'aide de poids d'échantillonnage fournis par Statistique Canada pour tenir compte de l'effet de plan et du biais de non-réponse. Les lignes directrices concernant la variabilité d'échantillonnage recommandées par Statistique Canada pour l'interprétation du coefficient de variation (CV) ont été utilisées. Les données ayant un CV modéré (de 16,5 % à 33,3 %) doivent être interprétées avec prudence[15]. Le programme Stata Version 9 (Stata Corp, College Station, TX, É.-U.) a servi aux analyses statistiques.

L'étude a été menée dans le cadre du Programme des centres de données de recherche[21], lequel a permis d'avoir accès au fichier maître de l'ESCC – Nutrition de 2004[13] dans un milieu universitaire protégé. L'approbation déontologique institutionnelle a été obtenue auprès du Human Research Ethics Board de la faculté de l'agriculture, de la foresterie et de l'économie domestique de l'Université de l'Alberta.

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- Les taux de mortalité et de morbidité chez les Autochtones sont supérieurs à ceux pour les Canadiens non autochtones.
- Au Canada, l'insécurité alimentaire du ménage est un problème de santé publique important, particulièrement pour les groupes marginalisés du point de vue économique, notamment les Premières nations, les Métis et les Inuits.
- L'insécurité alimentaire du ménage peut être un signe avant-coureur d'apports alimentaires sous-optimaux et de risques pour la santé et le bien-être.

Ce qu'apporte l'étude

- Les adultes autochtones vivant dans les ménages en situation d'insécurité alimentaire sont plus susceptibles que ceux vivant dans les ménages en situation de sécurité alimentaire d'avoir un mauvais état de santé général, un niveau de stress élevé, une moins grande satisfaction à l'égard de la vie et un très faible sentiment d'appartenance à la communauté.
- Ces rapports persistent même après correction pour tenir compte de l'âge, du sexe et du niveau de scolarité des membres du ménage.

Résultats

L'échantillon était formé de 837 personnes autochtones de 18 ans et plus qui vivaient hors réserve. De ce nombre, 57 % étaient des femmes (données non présentées). Plus de la moitié (52 %) des participants étaient âgés de 18 à 40 ans; le tiers (32 %) avaient de 41 à 55 ans, tandis que la proportion restante (15 %) avaient 55 ans et plus. Plus du tiers (36 %) vivaient dans un ménage où le plus haut niveau de scolarité atteint était inférieur ou équivalent au diplôme d'études secondaires. Près de la moitié provenaient de ménages

Tableau 2
Rapports de cotes non corrigés et corrigés reliant le niveau de sécurité alimentaire du ménage aux mesures de la santé et du bien-être et aux comportements influant sur la santé, population autochtone de 18 ans et plus vivant hors réserve, Canada, 2004

				Modèle 1 (corrigé de l'âge et du sexe)			Modèle 2 (corrigé de l'âge, du sexe et du niveau de scolarité)			Modèle 3 (corrigé de l'âge, du sexe, du niveau de scolarité et de la suffisance du revenu du ménage)		
	Rapport de cotes non corrigé	Intervalle de confiance de 95 %		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	
		de	à		de	à		de	à		de	à
Mauvais état de santé général (autoévalué)												
Insécurité alimentaire	2,09*	1,17	3,74	2,42*	1,34	4,36	2,37*	1,29	4,37	1,53	0,75	3,11
Sécurité alimentaire†	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Mauvais état de santé mental (autoévalué)												
Insécurité alimentaire	2,55*	1,06	6,14	2,54*	1,05	6,12	2,36	0,96	5,81	1,62	0,48	5,50
Sécurité alimentaire†	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Niveau de stress élevé (autoévalué)												
Insécurité alimentaire	2,81*	1,45	5,43	2,77*	1,46	5,26	2,86*	1,48	5,52	3,13*	1,44	6,78
Sécurité alimentaire†	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Faible satisfaction à l'égard de la vie												
Insécurité alimentaire	2,64*	1,24	5,62	3,03*	1,43	6,43	2,89*	1,40	5,95	2,15	0,89	5,18
Sécurité alimentaire†	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Très faible sentiment d'appartenance à la communauté												
Insécurité alimentaire	2,16*	1,05	4,45	2,10*	1,02	4,33	2,16*	1,07	4,36	1,70	0,76	3,81
Sécurité alimentaire†	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Présence d'un problème de santé chronique												
Insécurité alimentaire	1,17	0,66	2,08	1,47	0,82	2,64	1,61	0,88	2,93	1,65	0,81	3,38
Sécurité alimentaire†	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Fumeur												
Insécurité alimentaire	2,08*	1,22	3,54	1,93*	1,12	3,31	1,59	0,94	2,69	1,20	0,66	2,17
Sécurité alimentaire†	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Faible consommation de fruits et légumes												
Insécurité alimentaire	2,00	0,98	4,09	2,12*	1,04	4,36	1,99	0,97	4,08	1,86	0,76	4,55
Sécurité alimentaire†	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...

† catégorie de référence
* valeur significativement différente de celle pour la catégorie de référence (p<0,05)
... n'ayant pas lieu de figurer
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Nutrition, 2004.

appartenant aux catégories de suffisance du revenu inférieure (23 %) ou moyenne-inférieure (25 %) et 48 % provenaient de ménages se classant dans les catégories de revenu moyenne-supérieure (30 %) ou supérieure (18 %). Dans une faible proportion de cas, il manquait des données sur le niveau de scolarité (3 %) et la suffisance du revenu du ménage (5 %).

Presque trois adultes autochtones sur dix (29 %) vivaient dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire. En comparaison de leurs homologues vivant dans les ménages en situation de sécurité alimentaire, ces personnes étaient plus susceptibles de déclarer avoir un mauvais état de santé général (36 % par rapport à 21 %), un mauvais état de santé mentale (21 % par rapport à 10 %), de l'insatisfaction à l'égard de la vie (28 % par rapport à 13 %), un très faible sentiment d'appartenance à la communauté (20 % par rapport à 11 %), un niveau de stress élevé (43 % par rapport à 21 %), et de faire usage du tabac (64 % par rapport à 46 %) (tableau 1). Lorsque l'âge et le sexe étaient pris en compte, non seulement ces rapports demeuraient-ils statistiquement significatifs, mais la cote exprimant le risque d'une faible consommation de fruits et légumes était plus élevée chez les personnes vivant dans les ménages en situation d'insécurité alimentaire que chez celles vivant dans les ménages en situation de sécurité alimentaire (tableau 2, modèle 1). Lorsqu'on considérait également le niveau de scolarité du ménage (modèle 2), les cotes exprimant le risque de déclarer une mauvaise santé mentale, de faire usage du tabac et de consommer peu de fruits et légumes ne différaient plus significativement entre les deux groupes. Enfin, lorsqu'on incorporait la suffisance du revenu dans le modèle (modèle 3), le stress était le seul résultat pour la santé duquel la cote exprimant

le risque demeurait significativement plus élevé pour les autochtones adultes vivant dans les ménages en situation d'insécurité alimentaire.

Discussion

Les données de l'ESCC – Nutrition de 2004 montrent des liens entre l'IAM et plusieurs résultats pour la santé chez les adultes autochtones vivant hors réserve. Même lorsque l'âge, le sexe et le niveau de scolarité des membres du ménage étaient pris en compte, les adultes des ménages en situation d'insécurité alimentaire étaient plus susceptibles que ceux des ménages en situation de sécurité alimentaire de mentionner un mauvais état de santé général autodéclaré, un niveau de stress élevé, une faible satisfaction à l'égard de la vie et un très faible sentiment d'appartenance à la communauté. Toutefois, sauf dans le cas du stress, les rapports n'étaient plus significatifs une fois les données corrigées du revenu du ménage. L'inclusion du revenu a vraisemblablement entraîné un surajustement des données, parce que les questions du HFSSM réfèrent soit au manque d'argent, soit à l'incapacité de se procurer de la nourriture à cause d'un manque d'argent pour expliquer les situations et les comportements qui caractérisent l'insécurité alimentaire[13,14]. Par conséquent, les résultats du modèle corrigé pour tenir compte des effets de l'âge, du sexe et du niveau de scolarité reflètent peut-être mieux les liens entre l'IAM et les résultats pour la santé.

Les moins bons niveaux de santé et de bien-être chez les adultes autochtones vivant dans les ménages en situation d'insécurité alimentaire sont cohérents avec les résultats d'autres recherches. À titre d'exemple, une étude sur les participants à l'ESCC atteint de diabète a permis de constater que l'IAM était liée à l'insatisfaction à l'égard de la vie, à un mauvais état de santé générale et mentale et à un niveau plus élevé de stress[22].

L'anxiété constitue un autre aspect de l'IAM[13]. Au Canada, l'IAM est liée à un stress aigu et chronique, à un sentiment d'aliénation et à l'exclusion sociale[23,24]. Par conséquent, les liens entre l'IAM et le stress et entre l'IAM et l'insatisfaction à l'égard de la vie ou le très faible sentiment d'appartenance à la communauté qui se dégagent de la présente étude étaient prévus.

Chez les Canadiens en général, un très fort sentiment d'appartenance à la communauté est associé à un excellent ou très bon état de santé générale et mentale[25]. Parmi les Canadiens autochtones en particulier, la relation entre la personne et l'ensemble de la société constitue toujours un déterminant important de la santé[26]. Dans la présente étude, l'IAM a été liée à un très faible sentiment d'appartenance à la communauté et à une mauvaise santé autodéclarée; il se peut toutefois qu'il y ait une corrélation entre ces trois éléments.

Limites

Certains problèmes liés au plan d'enquête et à la sélection des variables de l'ESCC – Nutrition de 2004 rendent l'interprétation des résultats difficile. Comme il s'agit d'une enquête transversale, il n'est pas possible d'établir des relations causales entre les variables. De plus, parce que l'enquête s'appuie sur des autodéclarations, les résultats sont sujets aux biais de rappel et de déclaration.

Certaines limites de la présente étude découlent du nombre restreint de sujets autochtones et de la nécessité d'agréger les données. À titre d'exemple, les résultats pour la santé dans le cas des participants provenant des ménages éprouvant le plus d'insécurité alimentaire n'ont pu être examinés séparément. De plus, il a fallu regrouper les données relatives aux personnes d'ascendance autochtone unique et mixte, malgré d'éventuelles différences entre elles quant à leurs expériences de vie et leur orientation culturelle[27]. Il a fallu en faire autant avec les données pour les participants ayant déclaré être Indien de l'Amérique du Nord, Métis ou Inuit. Les personnes ayant déclaré des origines d'Indien de l'Amérique du Nord formaient la part la plus importante des participants autochtones; par conséquent, les résultats reflètent davantage les circonstances se rapportant aux Premières Nations qu'aux autres groupes.

L'identité culturelle ou ethnique peut influer sur la perception personnelle du bien-être[28]. Pour bon nombre d'Autochtones, le concept de la santé représente la conciliation des aspects physique, mental, émotif, spirituel et social de la vie[29]. L'ESCC ne contenait aucune question qui aurait permis d'évaluer une telle conciliation. Par conséquent, les mesures de la santé pourraient ne pas correspondre aux perceptions autochtones traditionnelles de la santé qui sont fondées sur une perspective holistique et écologique[30].

La taille restreinte de l'échantillon n'a pas permis d'analyser les résultats pour la santé de l'IAM chez les enfants autochtones. Il s'agit là d'un important domaine de recherche pour les études futures.

Conclusion

La réalité complexe de la vie des Autochtones vivant hors réserve est d'une grande importance; toutefois, cette population tend à être sous-représentée dans la recherche sur la santé au Canada[31]. À l'aide d'un outil validé à l'échelle internationale, la présente étude aide à mieux comprendre l'IAM au sein de cette population. Les résultats laissent entendre que l'omniprésence de l'IAM dans le contexte du manque d'argent est peut-être en partie responsable de la mauvaise santé et du faible bien-être relatifs observés chez les Autochtones. ■

Financement

Noreen D. Willows, Kim Raine et Paul Veugelers remercient l'Alberta Heritage Foundation for Medical Research, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et les programmes de chaires de recherche du Canada pour l'appui salarial reçu. L'étude a été financée par l'Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète des IRSC, par Statistique Canada et par Santé Canada.

Références

1. S.A. Anderson, « Core indicators of nutritional status for difficult-to-sample populations », *Journal of Nutrition*, 120(Suppl. 11), 1990, p. 1559-1600.
2. N. Vozoris et V. Tarasuk, « Household food insufficiency is associated with poorer health », *Journal of Nutrition*, 133, 2003, p. 120-126.
3. S.I. Kirkpatrick et V. Tarasuk, « Food insecurity is associated with nutrient inadequacies among Canadian adults and adolescents », *Journal of Nutrition*, 138, 2008, p. 604-612.
4. N.D. Willows, P. Veugelers, K. Raine et S. Kuhle, « Prevalence and sociodemographic risk factors related to household food security in Aboriginal peoples in Canada », *Public Health Nutrition*, 12, 2009, p. 1150-1156.
5. N.D. Willows, « Determinants of healthy eating in Aboriginal peoples in Canada: The current state of knowledge and research gaps », *Canadian Journal of Public Health*, 96(Suppl. 3), 2005, p. S32-S36.
6. E.M. Power, « Conceptualizing food security for Aboriginal People in Canada », *Canadian Journal of Public Health*, 97, 2008, p. 95-97.
7. G.M. Egeland, A. Pacey, Z. Cao et I. Sobol, « Food insecurity among Inuit preschoolers: Nunavut Inuit Child Health Survey, 2007-2008 », *Canadian Medical Association Journal*, 182, 2010, p. 243-248.
8. Affaires indiennes et du Nord Canada, *Terminologie autochtone : une terminologie en évolution qui se rapporte aux peuples autochtones au Canada*. Ottawa, Affaires indiennes et du Nord Canada, 2002, disponible à l'adresse http://www.collectionscanada.gc.ca/webarchives/20071124233110/http://www.ainc-inac.gc.ca/pr/pub/wf/wofi_f.pdf (consulté le 22 septembre 2009).
9. M. Tjepkema, « La santé des Autochtones vivant hors réserve », *Rapports sur la santé*, 13 (supplément), 2002, p. 81-97.
10. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, disponible à l'adresse http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2 (consulté le 22 juin 2010).
11. V. O'Donnell et H. Tait, *Enquête auprès des peuples autochtones de 2001 – Premiers résultats : Bien-être de la population autochtone vivant hors réserve*. Ottawa, Ministre de l'Industrie, 2003, disponible à l'adresse http://www.statcan.gc.ca/pub/89-589-x/89-589-x2003001-fra.pdf (consulté le 22 juin 2010).
12. Santé Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2.2, Nutrition (2004), Guide d'accès et d'interprétation des données* (Nº cat. H164-20/2006F-PDF), Ottawa, Santé Canada, 2006.
13. Santé Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2.2, Nutrition (2004), Sécurité alimentaire liée au revenu dans les ménages canadiens* (Nº cat. H164-42/2007F-PDF), Ottawa, Santé Canada, 2007.
14. G. Bickel, M. Nord, C. Price *et al.*, *Guide to Measuring Household Food Security, Revised 2000*. Alexandria VA, United States Department of Agriculture, Food and Nutrition Service, 2000, disponible à l'adresse www.fns.usda.gov/fsec/files/fsguide.pdf (consulté le 22 septembre 2009).
15. Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2004, Guide de l'utilisateur du fichier de microdonnées à grande diffusion*, Ottawa, Ministre de l'Industrie, 2005, disponible à l'adresse http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/document/5049_D8_T9_V1-fra.pdf (consulté le 22 septembre 2009).
16. Statistique Canada, *Comment identifie-t-on les peuples autochtones à Statistique Canada*, Ottawa, Ministre de l'Industrie, 2007, disponible à l'adresse http://www.statcan.gc.ca/pub/12-592-x/12-592-x2007001-fra.pdf (consulté le 22 septembre 2009).
17. Statistique Canada, « Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières nations, Recensement de 2006 », *Le Quotidien*, 15 janvier 2008, disponible à l'adresse http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/080115/dq080115a-fra.htm (consulté le 22 juin 2010).
18. M. Tjepkema, « Obésité chez les adultes », *Rapports sur la santé*, 17(3), 2006, p. 9-26.
19. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5(3), 1996, p. 281-310.
20. E. Piérard, N. Buckley et J. Chowhan, « Bootstrapping made easy: A STATA ADO file », *The Research Data Centres Information and Technical Bulletin*, 1, 2004, p. 20-36.
21. Statistique Canada, *Les Centres de données de recherche*, 2009, disponible à l'adresse http://www.statcan.gc.ca/rdc-cdr/index-fra.htm (consulté le 22 septembre 2009).
22. E. Gucciardi, J.A. Vogt, M. DeMelo et D.E. Stewart, « Exploration of the relationship between household food insecurity and diabetes in Canada », *Diabetes Care*, 32, 2009, p. 2218-2224.
23. A.-M. Hamelin, J.P. Habicht et M. Beaudry, « Food Insecurity: Consequences for the household and broader social implications », *Journal of Nutrition*, 129, 1999, p. 525-528.
24. A.-M. Hamelin, M. Beaudry et J.P. Habicht, « Characterization of household food insecurity in Québec: food and feelings », *Social Science and Medicine*, 54, 2002, p. 119-132.
25. M. Shields, « Appartenance à la communauté et autoévaluation de l'état de santé », *Rapports sur la santé*, 19(2), 2008, p. 57-67.
26. C.A.M. Richmond, N.A. Ross et G.M. Egeland, « Social support and thriving health: a new approach to understanding the health of indigenous Canadians », *American Journal of Public Health*, 97, 2007, p. 1827-1833.
27. P.S. Maxim, C. Keane et J. White, « Urban Residential Patterns of Aboriginal People in Canada », dans D. Newhouse et E. Peters, publié sous la direction de. *Des gens d'ici : les Autochtones en milieu urbain*, Ottawa, Projet de recherche sur les politiques, 2003, p. 79-91.
28. E.M. Garroutte, N. Sarkisian, L. Arguelles *et al.*, « Cultural identities and perceptions of health among health care providers and older American Indians », *Journal of General Internal Medicine*, 21, 2006, p. 111-116.
29. Organisation nationale de la santé autochtone, *Déterminants généraux de la santé dans un contexte autochtone = How we see it! Broader Determinants of Health within Aboriginal Contexts*, Ottawa, 2007 (consulté le 22 septembre 2009).
30. Centre des Premières nations, *First Nations and Inuit Regional Health Surveys, 1997: A Synthesis of the National and Regional Reports*, Ottawa, Organisation nationale de la santé autochtone, 2004.
31. T.K. Young, « Review of research on aboriginal populations in Canada: relevance to their health needs », *British Medical Journal*, 327, 2003, p. 419-422.